

Универзитет у Београду –
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

САМОПЕРЦЕПЦИЈА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА АДОЛЕСЦЕНАТА
СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Мастер рад

Моника Сењи

2018/3058

Београд, 2020.

Ментор:

Др Светлана Каљача, редовни професор Универзитета у Београду – Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију

Чланови комисије:

Др Светлана Каљача, редовни професор Универзитета у Београду – Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију

Др Бојан Дучић, доцент Универзитета у Београду – Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију

Проф. др Ивона Милачић- Видојевић, редовни професор Универзитета у Београду – Факултета за специјалну едукацију и рехабилитацију

САМОПЕРЦЕПЦИЈА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА АДОЛЕСЦЕНАТА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Резиме

Од средине прошлог века интересовање за концепт квалитета живота прогресивно расте. До данашњег дана универзална дефиниција квалитета живота не постоји иако су различити аутори постигли сагласност по питању домена и индикатора овог концепта. Тешкоће операционализације квалитета живота огледају се у свеобухватности овог концепта и многобројности перспектива аутора различитих професија. Рад на повећању квалитета живота појединаца и група значајно је и за саму друштвену заједницу. Особе са интелектуалном ометеношћу (ИО) идентификоване су као друштвена група која има значајно лошији квалитет живота у односу на типичну популацију (ТП). С обзиром на то да је од краја прошлог века заживео социјални модел ометености који се фокусира на потенцијале особа са сметњама у развоју и подршку коју друштвена средина треба да им обезбеди како би просперирале, један од најважнијих корака ка пуној социјалној инклузији јесте побољшање квалитета живота ових особа.

Циљ истраживања приказаног у овом раду је утврђивање квалитета живота адолесцената са ИО и адолесцената ТП и разлика у квалитету живота између ове две групе испитаника. Као додатни циљеви издвајају се утврђивање одређених детерминанти квалитета живота и утврђивање разлика у квалитету живота између адолесцената са лаком и умереном ИО.

Узорком је обухваћено 60 испитаника ТП и 60 испитаника са лаком ИО и умереном ИО оба пола, узраста од 13 до 16 година. Социодемографски подаци о испитаницима (пол, узраст, ниво интелектуалног функционисања, образовање родитеља, структура породице - потпуна/непотпуна породица, запосленост оба родитеља/запосленост само једног родитеља/незапосленост родитељ, материјална примања од државе/живот од сопствених прихода) прикупљени су помоћу упитника креираног за потребе овог истраживања. Квалитет живота испитаника процењен је помоћу Скале за самопроцену адолесцената из КИНДЛ Упитника за процену квалитета живота код деце и адолесцената (*KINDL^R Questionnaire for*

Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents, Ravens-Sieberer & Cieza, 2000).

Резултати истраживања показују да су испитаници из целокупног узорка умерено задовољни животом. Нису утврђене статистички значајне разлике у самоперцепцији квалитета живота између адолесцената са ИО и адолесцената ТП на укупном скору. Значајне разлике су утврђене само у појединим доменима квалитета живота. Испитаници са ИО испољавају ниже емоционално благостање и мање су задовољни квалитетом пријатељских односа у односу на адолесценате ТП. У односу на испитанике ТП, адолесценти са ИО испољавају статистички значајно веће задовољство у домену свакодневних активности у школи. Овим истраживањем нису утврђене разлике у самоперцепцији квалитета живота између испитаника са лаком ИО и умереном ИО. Резултати овог истраживања показали су да је образовање родитеља значајно и позитивно повезано са степеном задовољства животом у физичком домену и свакодневним школским активностима. Бољи материјални статус испитаника значајно и позитивно корелира са нивоом благостања у емоционалном и породичном домену адолесцената са ИО и свакодневним школским активностима адолесцената ТП.

Кључне речи: *адолесценти, интелектуална ометеност, квалитет живота, самоперцепција*

SELF-PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE IN ADOLESCENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Abstract

Since the middle of the last century, the interest in the concept of quality of life has been increasing. To this day, a universal definition of quality of life does not exist, although various authors have agreed on the domain and indicators of this concept. The difficulties of operationalizing quality of life are reflected in the comprehensiveness of this concept and the multiplicity of perspectives of authors of different professions. Working to increase the quality of life of individuals and groups is significant for the community itself. People with intellectual disabilities (ID) have been identified as a social group with a significantly poorer quality of life compared to the typical population (TP). Considering that since the end of the last century a social model of disability has emerged that focuses on the potentials of persons with disabilities and the support that the social environment needs to provide them in order to prosper, one of the most important steps towards full social inclusion is to improve the quality of life of these people.

The aim of the research presented in this paper is to determine the quality of life of adolescents with ID and adolescents of TP and differences in quality of life between the two groups of respondents. The additional goals include identifying certain determinants of quality of life and identifying differences in quality of life between adolescents with mild and moderate ID.

The sample included 60 TP subjects and 60 subjects with mild ID and moderate ID of both sexes, ages 13 to 16 years. Sociodemographic data on respondents (gender, age, level of intellectual functioning, parental education, family structure - complete / incomplete family, employment of both parents / employment of only one parent / unemployment of parent, material income from the state / life from own income) were collected through questionnaires created for the purposes of this research. The quality of life of the respondents was assessed using the KINDL Adolescent Self-Assessment Scale of the KINDLR Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents (Ravens-Sieberer & Cieza, 2000).

The results of the study show that the respondents from the whole sample are moderately satisfied with life and that there are no differences in the perception of quality of life between

respondents with ID and adolescents of TP. Respondents with ID exhibit lower emotional well-being and are less satisfied with the quality of friendships compared to TP adolescents. Compared to the TP respondents, adolescents with ID showed greater satisfaction in the domain of daily activities at school, while differences in perceived satisfaction in the domain of self-esteem and family were not established. This study did not identify differences in self-perceptions of quality of life between subjects with mild ID and moderate ID. The results of this research showed that parental education influences the level of life satisfaction in the physical domain and in daily school activities. Better material status correlates positively with the level of well-being in the emotional and family domains and daily school activities. Finally, the results of this study indicate a better self-perception of quality of life in male respondents.

Keywords: adolescents, intellectual disability, quality of life, self-perception

Садржај

Увод.....	1
Теоријски део	3
Квалитет живота.....	4
Дефиниција квалитета живота.....	5
Домени и индикатори квалитета живота	6
Домени квалитета живота	6
Индикатори квалитета живота.....	7
Физичко и емоционално благостање	9
Самопоштовање	10
Породични фактори и вршњачки односи	11
Мерење квалитета живота.....	13
Мерење квалитета живота код особа са ИО	13
Квалитет живота особа са ИО.....	14
Домени и Индикатори квалитета живота код особа са ИО	17
Породични фактори	17
Вршњачки односи код особа са ИО	18
Самопоштовање код особа са ИО	22
Истраживачки део	25
Предмет	26
Циљ истраживања	26
Задаци истраживања	27
Хипотезе истраживања	27
Методологија истраживања	28

Узорак.....	28
Мерни инструменти.....	32
Време и место истраживања	32
Процедура истраживања	33
Обрада података.....	33
Резултати истраживања	34
Перцепција квалитета живота и образовање родитеља	36
Квалитет живота и материјални статус	41
Квалитет живота у односу на пол.....	44
Дискусија резултата.....	46
Закључак	51
Литература.....	53

УВОД

Концепт квалитета живота почео је да добија на значају од када је Светска Здравствена Организација 1948. године дефинисала здравље као физичко, ментално и социјално благостање (WHO, 1948, према Testa & Simonson, 1996). Квалитет живота је мултидимензионални концепт који обухвата физички, психолошки и социјални домен (Testa & Simonson, 1996). Наведени домени су, према свом објективном значају, универзални, али је вредност појединачног домена индивидуална. Другачије речено, одређени домен квалитета живота код једног појединца може да буде значајнији у односу на неки други домен, док код другог појединца може да има далеко мању вредност за квалитет живота. На квалитет живота у различитој мери утичу интерперсонални, интраперсонални и средински фактори (Schalock, Keith, Verdugo, & Gómez, 2010).

Приликом мерења узимају се у обзир домени и индикатори квалитета живота. Домени представљају области које свака понаособ утичу на квалитет живота (Burgess & Gutstein, 2007). Шалок и сарадници (Schalock, Verdugo, & Gómez, & Reinders, 2016) издвајају осам домена квалитета живота, а то су: емоционално благостање, физичко здравље, одлучност, интерперсонални односи, социјална укљученост, лична права, лични развој и материјално благостање. Ови домени су универзални, али се њихов предиктивни значај разликује у зависности од животне доби испитаника. Међутим, независно од појединачног значаја домена, наглашава се да их треба мерити кроз две димензије – објективна и субјективна процена квалитета живота (Verdugo et al., 2005, према Burgess & Gutstein, 2007). Наведени принцип подржавају и други аутори (Bastiaansen et al., 2004, према Burgess & Gutstein, 2007), па су испитујући квалитет живота код деце издвојили домене које су сматрали важним (физички, емоционални, социјални фактори и квалитет школовања) посматрајући их истовремено са субјективног и објективног становишта (Bastiaansen et al., 2004, према Burgess & Gutstein, 2007).

Сваки од домена садржи специфичне индикаторе квалитета живота. Индикатори се односе на специфичну перцепцију, понашања или услове који утичу на процену квалитета живота или на сам квалитет живота појединца (Burgess & Gutstein, 2007). Субјективни индикатори квалитета живота су одраз личне евалуације живота сваког појединца која

подразумева мерење реалних услова и става који особа има према тим условима. Објективни индикатори квалитета живота су квантитативни показатељи квалитета живота који се везују за друштвене факторе – економске, социјалне и демографске индикаторе који утичу на услове и стил живота појединца (Kolenikov, 1998). Ови индикатори не дају увид у субјективни доживљај живота особе. Штавише, истраживања су показала да субјективни индикатори квалитета живота често нису у корелацији са објективним индикаторима. На пример, приликом самопроцене субјективна евалуација квалитета живота може указати на добар квалитет живота, док мерење објективних индикатора може указати на лош квалитет живота (Hagerty et al., 2001).

Истраживања су показала да је квалитет живота особа са интелектуалном ометеношћу (ИО) значајно лошији у поређењу са типичном популацијом (ТП). Пружањем индивидуализоване подршке може се омогућити да особе са ИО постану пуноправни учесници у друштвеној заједници, као и да развију различите вештине, остваре независност, право на избор и контролу над својим животом. Дакле, подршка може значајно да унапреди квалитет живота особа са ИО (Emerson et al., 1996, према Hensel, Rose, Stenfert Kroese, & Banks-Smith, 2002).

ТЕОРИЈСКИ ДЕО

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА

Први записи о квалитету живота датирају још из доба великих филозофа, попут Аристотела и Платона (Plić, Milić i Arandžlović, 2010). Забележена су три различита филозофска приступа концепту квалитета живота. Први филозофски приступ посматра концепт квалитет живота у светлу уверења појединца, било да су то религиозна веровања, филозофски или неки други идеали. Другачије речено, према овом схватању квалитет живота обликују субјективна уверења о томе како живот треба да се живи. Према другом приступу квалитет живота је мера задовољења личних потреба, не само основних биолошких потреба, већ и других жеља појединца, било да су то потребе финансијске, материјалне, романтичне природе или неког другог типа. Трећи филозофски приступ заступа став да је квалитет живота резултат самоевалуативне природе, односно, зависи искључиво од самоперцепције квалитета живота појединца (Diener & Suh, 1997).

Концептом квалитета живота баве се многе науке – медицина, социологија, психологија, теологија, па чак и економија (Trgovčević, Kljajić, & Nedović, 2011). Из социолошке перспективе квалитет живота је одраз задовољства појединца сопственим животом и начином функционисања у друштвеној средини. Психолошки аспект посматра квалитет живота у светлу осећања и емоционалних стања појединца, као и особеностима интеракције особе са другим људима. Према медицинском становишту квалитет живота се посматра кроз два аспекта: (1) постизање идеалног здравственог стања и адекватног функционисања у друштву и (2) превенција или ублажавање симптома болести. Можемо закључити да различите науке и научне дисциплине дефинишу квалитет живота у складу са областима њиховог проучавања, што се поклапа са ставом да је реч о мултидимензионалном конструкту који обухвата већи број области функционисања појединца (Joković, Pavlović, Hadživuković, Đević, i Vilotić, 2017).

Тридесетих година прошлог века дошло је до пораста интересовања научних кругова за концепт квалитета живота. У овом периоду креиране су прве дефиниције овог концепта и такође је дошло до првих покушаја мерења квалитета живота (Massam, 2002). Квалитет живота почетком седамдесетих година прошлог века постаје област интересовања, не само научних кругова, већ и посебних тела при националним владама, специјализованим агенцијама и,

уопште, јавног сектора широм света. Такав тренд је довео до праксе да су многа истраживања квалитета живота унутар држава, градова, региона и друштвених заједница спонзорисана од стране организација попут UNESCO, OECD и Светске здравствене организације (Plić i sar., 2010).

ДЕФИНИЦИЈА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА

Упркос чињеници да постоји више од 100 дефиниција квалитета живота, овај концепт још увек нема универзалну дефиницију (Schalock, 2000). Аутори различитих профила приступају концепту квалитета живота из перспективе одређене њиховим професионалним усмерењем, те су дефиниције квалитета живота разнолике и многобројне (Plić i sar., 2010).

Фаркухар (Farquhar, 1995) је идентификовао три типа дефиниција квалитета живота: (1) опште дефиниције, (2) дефиниције компоненти и (3) фокусиране дефиниције. Опште дефиниције углавном интегришу идеје о задовољству/незадовољству и мало тога говоре о компонентама квалитета живота. Дефиниције компоненти су превасходно усмерене на димензије или домене квалитета живота. Фокусиране дефиниције говоре о једној или малом броју димензија квалитета живота.

Већина дефиниција са којима се сусрећемо у литератури концептуализују квалитет живота везан за здравље (Plić i sar., 2010). Светска здравствена организација даје дефиницију према којој „Квалитет живота представља перцепцију појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности, као и у односу на сопствене циљеве, очекивања, стандарда и интересовања.“ (WHO, 1996, pp. 5, према Joković i sar., 2017).

Фелче и Пери (Felce & Perry, 1995) дефинишу квалитет живота као одраз општег благостања које укључује објективне и субјективне факторе, попут субјективног вредновања физичког, материјалног, социјалног и емоционалног благостања, личног развоја и сврсисходне активности. Каминс (Cummins, 2000) такође дефинише квалитет живота као мултидимензионални концепт који садржи субјективну и објективну компоненту.

Теста и Симонс (Testa & Simonson, 1996) дефинишу квалитет живота као концепт који integriше физичку, психолошку и социјалну димензију здравља на које, као засебне домене, значајно утичу искуства, веровања, очекивања и перспектива појединца. Према овим ауторима квалитет живота има објективну димензију која се односи на целокупно здравствено стање и субјективну димензију која подразумева самоперцепцију здравља.

Шалок (Schalock, 2000) је почетком овог века дефинисао квалитет живота као „концепт који одражава жељене животне услове особе повезане са осам основних димензија његовог живота: емоционалним благостањем, интерперсоналним односима, материјалним благостањем, личним развојем, физичким благостањем, самоодређењем, социјалном инклузијом и правима.“ (стр.121).

Деценију касније, Шалок и сарадници (Schalock, Keith, Verdugo, & Gómez, 2010) дефинишу квалитет живота као мултидимензионални феномен састављен од осам домена (емоционално благостање, физичко здравље, одлучност, интерперсонални односи, социјална укљученост, лична права, лични развој и материјално благостање) који чине темељ личног благостања. На основне домене квалитета живота утичу индивидуални и средински фактори.

Хагерти и сарадници (Hagerty et al., 2001), у својој дефиницији квалитета живота, наглашавају међусобну повезаност животних домена. Ови аутори наводе да концепт квалитет живота обухвата све аспекте свакодневног живота појединца. Уколико се квалитет живота посматра кроз различите димензије, оне свакако морају да чине једну целину, зато што су по природи међузависне.

ДОМЕНИ И ИНДИКАТОРИ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА

Домени квалитета живота

Током година домени и специфични индикатори квалитета живота су идентификовани и критички процењени. Домени квалитета живота су универзални али могу бити утврђени и додатни домени који су јединствени, специфични за појединца (Townsend-White, Pham, &

Vassos, 2012). Сазнања до којих су аутори који се баве овом тематиком дошли на основу досадашњих истраживања допринела су идентификовању осам основних домена квалитета живота који су универзално прихваћени, а то су: (1) емоционално благостање, (2) интерперсонални односи, (3) материјално благостање, (4) лични развој, (5) физичко благостање, (6) самоодређење, (7) социјална инклузија и (8) лична права (Schalock, 2000).

Издвојена су три фактора која утичу на домене квалитета живота: (1) независност, (2) социјална партиципација и (3) благостање. Шалок и сарадници (2010) сажели су резултате најрелевантнијих истраживања (Verdugo, Arias, Gómez, & Schalock, 2008b; 2009; Wang, Schalock, Verdugo, & Jenaro, 2010; све према Schalock et al., 2010) која су испитала повезаност специфичних фактора и домена квалитета живота. Фактор *независност* утиче на домене *лични развој* и *самоодређење*. Фактор *социјална партиципација* утиче на домене *интерперсонални односи*, *социјална инклузија* и *лична права*. Фактор *благостање* односи се на емоционално, физичко и материјално благостање (Schalock et al., 2010).

Наведени домени, као интегрисана целина, репрезентују конструкт квалитета живота. На квалитет живота могу утицати одређене варијабле у оквиру домена, попут природе пружених услуга, срединских услова, услова живота у домаћинству, животно искуство појединца и слично. Индивидуални квалитет живота варира у зависности од културалних утицаја, индивидуалних преференција и специфичних околности које се за појединца могу мењати током времена (Townsend-White et al., 2012).

Индикатори квалитета живота

Домени квалитета живота могу се проценити путем субјективних и објективних индикатора. Индикатори квалитета живота представљају исходе прецепције, манифестације у понашању и карактеристике услова који леже у основи сваког од домена квалитета живота (Schalock et al., 2010).

Субјективни индикатори односе се на самоевалуацију квалитета живота. Другим речима, субјективни индикатори мере когнитивну и афективну реакцију појединца на живот у целини,

као и на различите домене живота. Субјективни индикатори састоје се од три компоненте: (1) задовољство животом, (2) осећај пријатности и (3) осећај непријатности. Задовољство животом одраз је когнитивне реакције, док су преостале две компоненте одраз афективне реакције индивидуе на живот (Diener & Suh, 1997).

Објективни индикатори, на шта и сам термин упућује, представљају квантитативне мере објективних услова живота у одређеној друштвеној заједници. На објективне индикаторе не утичу субјективне перцепције живота у одређеној средини, већ друштвени фактори попут економских, културолошких и демографских карактеристика. Предности мерења квалитета живота објективним индикаторима јесте управо објективност која омогућава и универзалност примене у различитим друштвеним срединама. Поред тога, објективне индикаторе је лако дефинисати и квантификовати (Diener & Suh, 1997).

Поставља се питање најадекватније методе процене: (1) мерење субјективних индикатора, (2) мерење субјективних и објективних индикатора засебно, (3) комбиновање субјективних и објективних индикатора у јединствени индекс квалитета живота или (4) мерење објективних индикатора (Ilić i sar., 2010). Резултати већине истраживања указују на то да субјективни индикатори квалитета живота најчешће нису у корелацији са објективним индикаторима (Cummins, 2005; Hagerty et al., 2001; Schalock et al., 2002). На пример, могућност задовољења основних животних потреба (храна, сигурност, склониште, итд) представља неке од објективних индикатора који утичу на квалитет живота. Међутим, пуко задовољење основних животних потреба, иако нужни услов, није довољан услов доброг квалитета живота. Посматрано на овај начин, нека истраживања могу указати на добар квалитет живота појединца/групе када се испитују објективни индикатори, док би мерење код истих испитаника могло указати на лошији квалитет живота (Lučev i Tadinac, 2008).

Имајући у виду предмет и циљ овог истраживања, у наредном делу текста биће описани само поједини, одабрани домени квалитета живота, који су обухваћени овим истраживањем.

Физичко и емоционално благостање

Дефиниција Светске здравствене организације из 1948. године условила је промену перцепције здравља, односно, добро здравље се не посматра само као одсуство болести већ као физичко, ментално и социјално благостање (WHO, 1948, према Testa & Simonson, 1996). У складу са тим, квалитет живота везан за здравље такође је променио фокус са болести на физичко и ментално стање појединца, као и на ефекте које болест и различити третмани имају на свакодневно функционисање и задовољство животом (Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998).

Физичко благостање односи се на процену присуства осећаја нелагодности која би била узрокована одређеним симптомима и на осећај виталности или генералног задовољства физичким здрављем (Muldoon et al., 1998). Емоционално благостање односи се на квалитет емоционалног стања које појединац испољава у свакодневним животним искуствима. Овај домен квалитета живота везаног за здравље подразумева учесталост и интензитет осећања попут радости, фасцинације, анксиозности, туге, љутње и свих других емоција, било да су оне позитивне или негативне (Kahneman & Deaton, 2010).

Емоционално благостање има два аспекта: (1) карактеристично расположење и (2) самопоуздање. Расположење представља темељ емоционалног благостања и може бити трајна карактеристика, попут темперамента. Утврђене су две димензије карактеристика расположења: (1) типично позитивни афекти и (2) типично негативни афекти. Високо позитивни афекти укључују осећања ентузијазма и опрезности, док се ниско позитивни афекти испољавају у виду осећања туге и летаргије. Високо негативни афекти укључују осећања љутње и страха, док се ниско негативни афекти испољавају у виду смирености и спокоја (Schutte, Malouff, Simunek, McKenley, & Hollander, 2002). Високо позитивни и високо негативни афекти су у корелацији са стресом, депресијом и анксиозношћу (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), док се симптоми депресије, анксиозности, усамљености, злоупотребе алкохола и психоактивних супстанци ређе уочавају код особа са високим самопоуздањем (Schutte et al., 2002).

Самопоштовање

У последњих пар деценија о концепту самопоштовања се много говори (Crocker & Park, 2004). Још увек не постоји универзална дефиниција овог концепта. Неф (Neff, 2011) наводи да је самопоштовање одраз самоевалуације вредности појединца. Оно је одраз позитивне или негативне афективне самоевалуације појединца. Већина истраживања указује на позитивну корелацију самопоштовања и менталног здравља, односно што је веће самопоуздање појединца то је боље ментално здравље (Schutte et al., 2002).

Самопоштовање се издваја као важан психолошки конструкт због тога што представља централну компоненту свакодневног искуства појединца. Овај концепт је одраз перципираног идентитета што утиче на обликовање понашања и социјалних интеракција појединца (Kernis, 2003). Селф-концепт садржи когнитивну и афективну компоненту. Когнитивна компонента односи се на самоперцепцију, док се афективна односи на самопоштовање. Афективна компонента израз је позитивних и негативних осећања особе према себи, а ова осећања утичу на самоперцепцију ефикасности и вредности (Todorović, 2004).

Многи аутори наводе да ниво самопоштовања утиче на задовољство животом и самим тим на општи индекс квалитета живота појединца (Diener, E. & Diener, M., 2009), а неки аутори наводе да овај концепт сматрају главним индикатором квалитета живота (Schalock, 2004). Стога је ниво самопоштовања један од предиктивних фактора психолошког благостања и менталног здравља особе (Lazarević, Lazarević, i Orlić, 2017; Todorović, 2004).

Високо самопоштовање повезано је са вредностним уверењем које појединац има у вези себе. Особе са високим самопоштовањем верују да су интелигентне, атрактивне и популарне (Baumeister et al., 2003, према Crocker & Park, 2004) и, упркос томе што одају признање да су у прошлости поступили на, према њиховим критеријумима, лош начин, ове особе виде себе у позитивном светлу, а претходне негативне поступке као грешке из којих су извукли поуку (Ross, 2002; Wilson & Ross, 2001, према Crocker & Park, 2004). Поред тога, особе са високим самопоштовањем имају више самопоуздања које је нарочито важно након доживљених неуспеха, односно негативних животних искустава (Crocker & Park, 2004). Ова уверења утичу на понашање особе у свакодневном животу, те многа истраживања указују на то да је високо

самопоштовање повезано са успехом у различитим доменима живота попут академских, професионалних и постигнућа у спорту (Lazarević i sar., 2017). Високо самопоштовање може бити чврсто или фрагилно. Особе са фрагилним високим самопоштовањем имају потребу да буду супериорни у односу на друге, поносе се својим успесима и негирају сваки неуспех или приписују ово грешкама других. Ова осећања самовредновања су „рањива“ управо због тога што су најчешће одраз активирања механизма одбране. Особе са чврстим високим самопоштовањем не осећају потребу да буду супериорни у односу на друге, зато што су задовољни собом, схватају и прихватају вредност својих потенцијала и ограничења (Kernis, 2003).

Самопоштовање је један од главних предиктора психолошког благостања а најинтензивнији развој самопоштовања одвија се у адолесцентном периоду (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003). Академско, социјално и физичко самопоштовање су компоненте које чине мултидимензионални конструкт самопоштовања код адолесцената. Социјално самопоштовање има највећи утицај на глобално самопоштовање у адолесцентном периоду, а обликују га интеракције са вршњацима. Резултати многих истраживања указују на то да је самопоштовање адолесцената значајно осетљивије на повратне информације проистекле из социјалних интеракција (како позитивних, тако и негативних) у односу на ниво осетљивост на ове социјалне сигнале код одраслих особа (Valkenburg, Koutamanis, & Vossen, 2017).

Породични фактори и вршњачки односи

У покушају концептуализације породичног квалитета живота Постон и сарадници (2003) наводе дефиницију породице, домene и индикаторе квалитета живота породице, као и упоредни преглед самопроцене квалитета живота породица деце ТП и деце са сметњама у развоју. Према овим ауторима породица представља групу особа које себе сматрају делом породице (што може бити и независно од крвног сродства и брачне везе) и редовно и у континуитету подржавају и воде бригу о другим члановима те заједнице (Poston et al., 2003).

Породични квалитет живота подразумева интеграцију перспектива појединачних чланова породице везаних за генерално задовољство животом. Један од главних фактора који утичу на квалитет живота породице је индивидуални квалитет живота чланова породице. Интеракцијом између индивидуалног квалитета живота појединачних чланова долази до постепеног преклапања и интеграције различитих домена квалитета живота појединаца и обликује се квалитет живота породице као целине (Poston et al., 2003).

Паралелно са развојем детета мења се и његов социјални миље. Социјални односи првенствено се успостављају у оквиру уже и шире породице, почевши од односа између детета и родитеља, затим односа са браћом и сестрама, бабама и дедама, другим рођацима. Након тога, социјални односи се шире изван оквира породице и укључују вршњаке и друге одрасле особе са којима се дете сусреће у свакодневном животу. Време које дете проводи са пријатељима, у односу на време проведено са породицом и вршњацима који му нису пријатељи, прогресивно се продужава у периоду детињства. У том смислу може се рећи да се успостављају два типа вршњачких односа – односи са пријатељима и односи са вршњацима који се не могу сврстати у пријатеље (Petrina, Carter, & Stephenson, 2014).

Пријатељство представља реципрочну везу коју карактеришу дружење, интимност – поверење и приврженост. Ове карактеристике утврђене су као кључни критеријуми на основу којих се прави дистинкција између претходно наведена два типа вршњачких односа у детињству и адолесценцији (Bauminger et al., 2008). Пријатељство, као специфична афективна веза између вршњака, укључује комплексан сет социо-когнитивних и језичких вештина, као и емоција. Код деце ТП ови вршњачки односи подстичу социјални, когнитивни и емоционални развој. Интеракције са вршњацима у раном детињству позитивно утичу на развој комуникационих вештина, емоционалне регулације, потенцијала за решавање конфликта и вештина кооперације. Касније те вештине утичу на ниво спремности детета за укључивање у школски систем (Webster & Carter, 2007, према Petrina et al., 2014).

Деца која су успоставила адекватне вршњачке односе имају већи осећај припадности разреду и позитивнију перцепцију школског окружења, нижи ниво склоности ка виктимизацији вршњака, као и боље академске вештине. Супротно томе, код деце која у раном детињству не успевају да успоставе адекватне вршњачке односе чешће се јављају емоционални и

бихевиорални проблеми. Карактеристике и функције пријатељства мењају се у складу са узрастом, односно, потребама детета које се током одрастања усложњавају (Petrina et al., 2014).

МЕРЕЊЕ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА

Вердуго и сарадници (Verdugo, Schalock, Keith, & Stancliffe, 2005, pp. 708) неводе четири основна принципа које треба имати у виду приликом мерења квалитета живота:

1. Индивидуално вредновање животних доживљаја;
2. Мере морају да репрезентују све факторе који утичу на квалитет живота;
3. Приликом мерења мора се узети у обзир средински, социјални и културални контекст;
4. Мерење мора укључивати универзална и индивидуална искуства, односно, субјективне и објективне индикаторе.

Приликом мерења квалитета живота испитивач мора знати шта и како мери, кога испитује и где. Аутори су сагласни у мишљењу шта се мери, а то су домени и индикатори квалитета живота. Када је реч о томе како се мери неопходно је одредити: (1) фокус мерења и (2) приступ. Фокус мерења може бити субјективни и објективни. Што се тиче приступа у мерењу квалитета живота, већина аутора користи скале мерења Ликертовог типа (Verdugo et al., 2005).

МЕРЕЊЕ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА КОД ОСОБА СА ИО

Процена квалитета живота особа са ИО има четири основна циља: (1) мерење индивидуалних реакција, (2) добијени налази служе као основа за даље доношење одлука о

подршци и третману, (3) мерење представља темељ за евалуацију програма и (4) добијени резултати су оквир за даља истраживања. Квалитет живота особа са ИО се традиционално процењивао на основу објективних индикатора и евалуације од стране других које познају испитаника. Међутим, у данашње време истраживачи наглашавају значај самоевалуације особа са ИО, иако се поставља питање могућности самопроцене особе и прилагођености мерних инструмената (Verdugo et al., 2005).

Таунсенд-Вајт и сарадници (Townsend-White et al., 2012) спровели су истраживање са циљем да идентификују и анализирају мере квалитета живота креиране у периоду између 1980. године и 2008. године које могу да се користе за процену квалитета живота особа са ИО. У преглед су укључени и инструменти креирани специфично за ову популацију. Аутори су проценили поузданост и валидност инструмената, начин спровођења процене и свеобухватност ајтема. Резултати истраживања указују на то да не постоји ниједан довољно поуздан инструмент који мери квалитет живота особа са ИО. Од свих мерних инструмената само Свеобухватна скала квалитета живота (*Comprehensive Quality of Life Scale - Com-QOL-ID*; Cummins 1997) мери субјективне и објективне индикаторе квалитета живота код особа са ИО.

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ОСОБА СА ИО

У последњих 30 година приступ ИО се значајно променио. Упоредо, концепт квалитета живота особа са ИО добија све већи значај. У конвенцији Уједињених нација о правима особа са сметњама у развоју наглашено је да овим особама треба бити омогућено пуно учешће у свим доменима живота. У Конвенцији су издвојени следећи аспекти живота: права, ниво учешћа, аутономија, независност, могућност избора, физичко, емоционално и материјално благостање, социјална инклузија, приступачност и лични развој (*United Nation's Convention on the Rights of Persons with Disabilities*; United Nations, 2006, према Buntinx & Schalock, 2010).

Резултати истраживања показују да су базичне социјалне вештине и ниво интелектуалног функционисања значајни предиктори квалитета живота особа са ИО (Nota, Ferrari, Soresi, & Wehmeyer, 2007). Истраживања која су усмерена на самопроцену релевантности различитих

домена квалитета живота код особа са ИО указују на то да се ниво социјализације издваја као један од најважнијих домена (Nota et al., 2007; Sandhu, 1996, према Hensel et al., 2002).

Прегледом досадашњих научних резултата, Милер и Чен (Miller & Chan, 2008) су закључили да су социјална подршка, самоодређење и радна продуктивност најзначајнији предиктори квалитета живота особа са ИО. Ови аутори спровели су истраживање са циљем да утврде предиктивну вредност претходно наведених варијабли, као и животних вештина (интерперсоналне, инструменталне и вештине организовања слободног времена) на задовољство животом код особа са ИО. Налази овог истраживања указују на то да све наведене варијабле значајно утичу на задовољство животом. Социјална подршка и интерперсоналне вештине су у статистички значајној позитивној корелацији са задовољством животом код особа са ИО. Преостале варијабле, иако доприносе задовољству животом, немају значајну предиктивну вредност.

Истраживања су показала да особе са ИО често нереално процењују свој квалитет живота, као и релевантност појединих домена за квалитет живота. Када се упореде субјективне процене квалитета живота код особа са ИО и особа ТП не постоје значајне разлике, иако објективне мере увек указују на то да је квалитет живота особа са ИО лошији у поређењу са ТП (Hensel et al., 2002). Појаву дискрепанце између реалног стања и субјективне перцепције квалитета живота код особа са ИО, у новијим истраживањима, аутори називају „парадоксом ометености“ (Fellinghauer, Reinhardt, Stucki, & Bickenbach, 2012). Појам парадокса ометености увели су Албрехт и Девлигер (Albrecht & Devlieger, 1999, према Fellinghauer et al., 2012) када су приметили да особе са тешким оштећењима процењују квалитет живота у домену здравља, личног благостања и генерално задовољства животом веома високо, упркос објективним показатељима лошег здравственог стања. Ове чињенице указују на то да особе са сметњама у развоју имају различита искуства ограничена у зависности од ситуационог контекста, срединских и персоналних фактора (Fellinghauer et al., 2012). Стога је, приликом процене квалитета живота код особа са ИО, веома важно укључити објективне и субјективне мере процене.

Хенсел и сарадници (Hensel et al., 2002) спровели су истраживање са циљем да испитају повезаност између субјективних и објективних индикатора квалитета живота код особа са ИО и

њихових вршњака ТП. Аутори овог истраживања фокусирали су се на задовољство особа са ИО доступним здравственим сервисима које су испитали применом Свеобухватне скале квалитета живота (*Comprehensive Quality of Life Scale*; Cummins 1997).

Резултати овог истраживања показују да су особе са ИО проценили готово све домене квалитета живота више на скали релевантности домена у односу на испитанике ТП. Када је у питању задовољство у различитим доменима квалитета живота налази овог истраживања не указују на значајне разлике између ове две групе испитаника – обе групе су показале да су генерално задовољне квалитетом живота у свим доменима. Здравствене услуге и положај у друштву имају подједнак значај за испитанике са ИО и њихове вршњаке ТП. Особе са ИО су мање задовољне својим општим здравственим стањем у односу на испитанике ТП. Субјективна процена указује на то да су испитаници били задовољни материјалним стањем и продуктивношћу иако су налази објективног мерења указали на мању продуктивност ове групе. Аутори на основу резултата истраживања закључују да субјективна процена релевантности домена није поуздани индикатор квалитета живота с обзиром на то да су испитаници са ИО вредност сваког домена оценили високо на Скали (Hensel et al., 2002).

Користећи исти мерни инструмент (*Comprehensive Quality of Life Scale*; Cummins 1997) Каљача и сарадници (Kaļjača, Dučić, & Đorđić, 2018) испитали су квалитет живота одраслих особа са ИО посматрајући објективне индикаторе. Ови аутори налазе да је квалитет живота одраслих особа са ИО нижи у односу на особе ТП, што се манифестовало кроз укупан скор квалитета живота. Статистички значајне разлике између особа са ИО и особа ТП утврђене су у доменима Здравља, Продуктивности, Интимности, као и већ поменутом укупном скору квалитета живота. Полне разлике нису утврђене у оквиру групе, али резултати указују на то да, независно од пола, мушкарци и жене са ИО имају нижи квалитет живота у односу на припаднике истог пола испитаника ТП. Аутори истраживања су закључили да на квалитет живота одраслих особа са ИО у нашој средини утичу персонални и социјални фактори, што указује на значај пружања социјалне подршке како би се унапредио квалитет живота ове популације.

ДОМЕНИ И ИНДИКАТОРИ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА КОД ОСОБА СА ИО

Породични фактори

Функционалне породице су оне у којима сваки члан има јединствену улогу и равноправно учествује у породичном животу у складу са својом улогом у циљу одржавања индивидуалног и колективног благостања. Међутим, присутност ометености представља значајан изазов за читаву породицу, нарочито старатеља, који утиче на читав породични систем и, најчешће, доводи до детериорације квалитета живота породице као целине и сваког индивидуалног члана (Rodríguez-Sánchez et al., 2011).

Вајт и Хејстинг (White & Hastings, 2004) налазе да благостање родитеља негативно корелира са проблемима у понашању њихове деце са тежим облицима ИО, док се, с друге стране, уочава позитивна корелација са нивоом адаптивног понашања детета. На благостање родитеља, као и осталих чланова породице, значајно утиче њихова могућност да се адекватно суоче са захтевима живота са дететом са тешком ИО (Blacher, Neece, & Paczkowski, 2005). Истраживање претходно наведених аутора показало је да 61% родитеља деца са тешком ИО испољава клиничке знаке анксиозности, док 36% њих испољава симптоме клиничке депресије (White & Hastings, 2004). Родитељство је реципрочан процес. Родитељ се понаша према свом детету на себи својствен начин што условљава дете да реагује на одређено понашање. Реакције детета повратно делују на понашање родитеља, обликују га и мењају (Warren & Brady, 2007).

Експресија емоција код родитеља значајно утиче на социјални и емоционални развој детета, без обзира на постојање тешкоћа. Грин и Бејкер (Green & Baker, 2011) спровели су истраживање са циљем да испитају на који начин експресија емоција родитеља утиче на развој социјалних вештина деце са и без ИО. Резултати су показали да мајке деце са и без ИО подједнако изражавају негативне емоције према својој деци у односу на очеве. Испољаване позитивних емоција код очева и мајки у обе групе је приближно подједнако. Поређењем мајки деце са и без ИО, аутори су утврдили да мајке деце са ИО ређе изражавају позитивне емоције а

чешће негативне емоције, што аутори објашњавају већим захтевима родитељства у породицама деце са тешкоћама у развоју. Испољавање позитивних емоција повезано је са напредовањем у социјалним вештинама, превасходно одговорности, само код деце ТП. Негативна емоционална експресија мајке узрокује нижи ниво одговорности и самоконтроле код деце са ИО, док изражавање негативних емоција код очева доводи до нижег нивоа кооперативности деце са ИО и деце ТП.

Стресни животни догађаји и финансијске тешкоће такође могу да утичу на емоционалну експресију код родитеља. Прачно и Микс (Pruchno & Meeks, 2004, према Blacher et al., 2005) налазе да мајке младих особа са сметњама у развоју, које су искусиле висок ниво стреса везаног за здравље, испољавају мање позитивних, више негативних емоција, а често и симптоме депресије. Емерсон и сарадници (Emerson et al., 2004, према Blacher et al., 2005) утврдили су да 47% родитеља деце са сметњама у развоју, који живе у материјално депривираним условима, испољавају клиничке симптоме психолошког стреса, што је значајно већи проценат него у породицама деце са и без сметњи у развоју, које не живе на граници сиромаштва. Међутим, има и другачијих налаза. Каљача и сарадници (Kaljača, Cvijetić, & Dučić, 2014) су утврдили да деца са ИО из породица са нижим примањима чешће учествују у фитнес, интерперсоналним и рекреативним активностима. Поред тога, резултати су показали да деца са ИО, чији родитељи нису запослени, имају виши ниво усвојености животних навика у домену активности слободног времена. Аутори ове резултате објашњавају нивоом подршке државних и невладиних институција које су превасходно усмерене ка онима којима је помоћ најпотребнија, као и чињеницом да родитељи који нису у радном односу имају више слободног времена које могу посветити својој деци.

Вршњачки односи код особа са ИО

Прегледом досадашње литературе може се уочити да се многи аутори баве испитивањем вршњачких односа код адолесцената и одраслих особа са ИО, међутим број истраживања спроведених на узорку деце са ИО је значајно мањи. Налази малобројних истраживања вршњачких односа деце са ИО указују на многобројне проблеме у социјалним интеракцијама у

периоду раног детињства, стабилност ових проблема све до адолесценције и минимални напредак на пољу социјалне компетенције са развојем. Деца са ИО се првенствено сусрећу са тешкоћама уклапања у вршњачку групу услед немогућности адекватне организације понашања како би се извршила социјална активност. Проблеми у социјалним интеракцијама са вршњацима посебно су уочљиви у неструктурисаним активностима, као што је период слободне игре у предшколској групи (Guralnick, Hammond, Connor, & Neville, 2006).

Истраживања спроведена на узорку деце ТП показују да је емоционална регулација узајамно повезана са социјалним односима са вршњацима. Емоционална регулација не само да утиче на формирање и одржавање односа са вршњацима, већ се и развија у овом контексту. Тешкоће емоционалне регулације се најчешће манифестују у виду екстернализованих проблема у понашању. Деца са ИО имају мање развијене стратегије емоционалне регулације што се често испољава у игри са вршњацима. У контексту активности у групи деца са ИО тешко организују адаптивне обрасце понашања што води социјалној изолацији (Guralnick, 2006).

Учесталост контакта и број друштвених веза са вршњацима код деце са ИО је значајно ограничен у поређењу са децом ТП. Успостављање чврстих пријатељских веза је често тежак изазов за децу са ИО. Тешкоће успостављања адекватних вршњачких односа често су узроковане немогућношћу деце са ИО да користе прикладне социјалне стратегије у циљу успостављања интерперсоналних циљева у заједничким активностима. Поред тога, стратегије које деца са ИО користе за решавање конфликта често су неефикасне. Све ово указује на то да деца са ИО имају мању социјалну компетенцију везану за вршњачке односе (Guralnick, 2006).

У Холандији је, августа 2003. године, донесен нови Закон о специјалној едукацији (*Wet op de Expertise Centra*; Ministerie van OCW, 2003) којим је прописано да родитељи деце са сметњама у развоју (независно од типа и тежине поремећаја) имају право да бирају модел школовања детета – специјалне или редовне школе. Костер и сарадници (Koster, Pijl, Nakken, & Van Houten, 2010) спровели су обимно истраживање у циљу испитивања социјалне партиципације ученика са сметњама у развоју укључених у систем редовног школовања у Холандији. Истраживање је обухватало 105 одељења од првог до трећег разреда инклузивних основних школа широм Холандије. У узорку је било 141 испитаника са сметњама у развоју и 205 испитаника ТП. Истраживањем је процењена самоперцепција социјалних вештина,

прихваћеност од стране вршњака, социјални односи (пријатељство) и социјалне интеракције. Резултати су показали да ученици са сметњама у развоју, у просеку, имају мање пријатеља од деце ТП. Иста група испитаника има мање социјалних интеракција са вршњацима ТП из разреда, а већи степен интеракција са учитељем, у односу на другу децу. Надаље, деца са сметњама нису у истој мери прихваћена од стране вршњака у разреду као и деца ТП. Упркос томе, социјална самоперцепција деце са сметњама у развоју не разликује се у поређењу са децом ТП из узорка. Аутори овог истраживања изразили су забринутост због природе добијених резултата. Они наводе да је потребно спровести додатна испитивања и креирати мере интервенције како би се осигурали позитивни ефекти образовне инклузије.

Сигстад (Sigstad, 2016) је спровела истраживање са циљем да испита значај вршњачких односа, тачније, пријатељства за квалитет живота адолесцената са лаком ИО (ЛИО). Спроведен је интервју са мајкама адолесцената са ЛИО који је садржао следеће теме: благостање детета у школским условима, школске активности које дете преферира, односи са вршњацима у разреду, самоперцепција детета, социјална партиципација и пријатељство. Аутор овог рада наглашава да постоје три главне теме које се тичу перцепције значаја вршњачких односа, а то су перцепција нормалности, услови и значај пријатељства. Према наводима мајки, вршњачки односи деце са ИО имају извесне сличности али и разлике у односу на интеракције међу децом ТП. Утврђено је да постоји једна прекретница у развоју пријатељства између деце са ИО и деце ТП која се, у овом истраживању, уочава након четвртог разреда основне школе. Деца ТП од овог периода прогресивно граде независност, која се манифестује и постепеним удаљавањем од деце са ИО. Још једна карактеристика вршњачких односа коју наводе мајке деце са ИО су брзе социо-емоционалне промене које се крећу од симпатија до антипатија и обрнуто. Када су у питању услови пријатељства код особа са ЛИО постоје два кључна фактора – социјална подршка и разумевање пријатељства. Деца са ЛИО захтевају већу социјалну подршку других особа, превасходно родитеља, како би одржали пријатељске односе са вршњацима. На основу изјава родитеља утврђено је да деца са ЛИО боље самостално одржавају ове вршњачке односе када им родитељи помогну да боље разумеју услове пријатељства. Мајке адолесцената са ЛИО наводе да пријатељство има есенцијалну улогу у животу њихове деце. Значај пријатељства између адолесцената са ЛИО и њихових вршњака, према наводима испитаника, огледа се у осећају припадности и развоју независности.

Наведено истраживање пружа нам увид у родитељску перцепцију значаја вршњачких односа у животу адолесцента са ЛИО. Нешто касније исти аутор испитује самоперцепцију пријатељства код адолесцената са ЛИО. Сигстад (Sigstad, 2017) је на основу интервјуа са адолсцентима са ЛИО и њиховим родитељима идентификовала кључне карактеристике доброг пријатељства: узајамна преференција, уживање, заједничке интеракције, узајамна брига, поверење и повезаност. Сличне преференције су не само једна од карактеристика пријатељства, већ су најчешће и сама основа ових односа. Заједничке преференције условљавају интеракцију и заједничко уживање у одређеним активностима, а постепено и у самом друштву друге особе.

Гуралник и сарадници (Guralnick, Hammond, Connor, & Neville, 2006) спровели су лонгитудиналну студију са циљем да испитају аспекте стабилности и промене у вршњачким односима код деце са ЛИО почевши од раног детињства, преко предшколског периода до почетних година школовања у инклузивним условима. Резултати овог истраживања указују на тешкоће у домену социјалне компетенције везане за вршњачке односе, као и на развојну стабилност интензитета вршњачких интеракција кроз наведене транзиционе периоде код деце са ЛИО. Највећи напредак кроз транзиционе периоде испољила су деца чији је ниво вршњачких интеракција у самом почетку био изузетно низак, али и поред тога, остварен напредак не достиже ниво деце која су иницијално испољила виши ниво вршњачких интеракција. У периоду од две године деца која иницијално испољавају виши ниво вршњачких интеракција нису показала значајан напредак. Резултати овог истраживања такође показују да карактеристике детета и карактеристике породице нису повезане са вршњачким интеракцијама приликом првог тестирања, нити су се показале као предиктивни фактори ових интеракција, што је закључено поновним тестирањем након две године. Међутим, у подузорку испитаника чији је ниво вршњачких интеракција у почетку био изражено низак, са напредком у домену ових интеракција, уочава се и позитивна корелација са когнитивном и језичком компетенцијом, као и негативна корелација са екстернализованим проблемима у понашању и породичним ризико факторима.

Касније истраживање истих аутора (Guralnick, Neville, Hammond, & Connor, 2007) потврђује и допуњује налазе претходно наведеног истраживања. Резултати новијег истраживања показују да се кроз период од две године позитивна понашања деце са ЛИО у условима игре са вршњацима увећавају, док негативна понашања остају релативно стабилна кроз читаво

детинство. Када су у питању активности, налази овог истраживања показују да се учесталост самосталне игре и честих транзиција између активности смањују док су, с друге стране, разговори са вршњацима учесталији. Учесталост групне игре између деце са ЛИО и њихових вршњака је релативно мала, али уочава се значајно повећање учесталости овог типа активности када је у групну игру укључена нека играчка или други материјал. Интересантан податак до којег су дошли аутори овог истраживања је да су пријатељи испитаника чешће деца супротног пола релативно млађа од њих. Иако је 71.4% испитаника са ЛИО мушког пола, већина њихових пријатеља ТП (53.7% на примарном испитивању, 61% на испитивању након две године) је била женског пола. Када је у питању календарски узраст, пријатељи испитаника са ИО су у просеку 6.8 месеци млађи од њих.

Тахери и сарадници (Тахери, Perry, & Minnes, 2016) испитали су и упоредили социјалну партиципацију и пријатељство код деце ТП, деце са ИО и деце са ИО и поремећајем из спектра аутизма (ПСА). Попут резултата других истраживања и ови аутори налазе да деца и адолесценти са ИО и они са ИО и ПСА ређе учествују у социјалним активностима у поређењу са вршњацима ТП. Испитаници из прве две групе генерално имају мање пријатеља од вршњака ТП, а резултати указују на то да деца са ИО имају више пријатеља у поређењу са испитаницима са ИО и ПСА. Квалитет пријатељства код испитаника са ИО и оних са коморбидним ПСА је значајно лошији у поређењу са квалитетом пријатељства деце ТП. Испитаници са вишим степеном ИО значајно ређе учествују у социјалним активностима од деце са нижим степеном ИО.

Самопоштовање код особа са ИО

Када су у питању особе са ИО боља самоперцепција не мора нужно да услови више самопоштовање, већ управо супротно – особа која има реалан концепт селфа свесна је своје различитости и својих ограничења, што може да угрози развој самопоштовања (Garaigordobil & Pérez, 2007). На основу претходно наведеног, може се закључити да социјално поређење игра значајну улогу у развоју самопоштовања. Многи аутори наглашавају да је социјално поређење конструкт који значајно утиче на психолошко благостање особа са ИО. Тако, на пример, Дагнан

и Сандху (Dagnan & Sandhu, 1999) на основу резултата истраживања закључују да је самопоштовање у позитивној корелацији са социјалним поређењем у популацији са ИО. Стигматизација особа са ИО може да утиче на њихово самопоштовање уколико је опажена. Код особа са ИО које су свесне стигматизирајућих ставова социјалне средине угрожено је формирање идентитета. Може се десити да се перципирани идентитет особе са ИО измени у складу са стигматизирајућим ставовима средине, односно да особа прихвати ове негативне ставове, упркос томе што они нису реални, као део свог идентитета (Garaigordobil & Pérez, 2007). Социјално поређење са вршњацима ТП представља претњу за самопоштовање, док поређење са особама са ИО може да буде протективни фактор. Особе са ИО најчешће приликом оба поређења процењују себе позитивно, али ова процена је позитивнија када се упоређују са другим особама са ИО (Stanković i Milačić-Vidojević, 2014).

Према наводима неких аутора социјално поређење има улогу медијатора између самопоштовања и опажене стигматизације. Аутори једног таквог истраживања, на основу добијених резултата, су утврдили да постоји негативна корелација између опажене стигматизације и самопоштовања, односно, особа која боље перципира стигматизирајуће ставове има ниже самопоштовање. Овај налаз је у складу са чињеницама које подупиру друга истраживања. Особе са ИО које имају ниско самопоштовање чешће уочавају стигматизацију због повећане сензитивности на негативне ставове околине, а због сопствених негативних осећања они често интерпретирају неутралне интеракције као негативне. Исто тако, особе са ИО које опажују стигматизацију чешће имају ниско самопоштовање (Paterson, McKenzie, & Lindsay, 2012). Ове резултате подупиру налази једног домаћег истраживања према којем негативно самопоштовање корелира са опаженом стигматизацијом, док се ова корелација не уочава код позитивног самопоштовања (Stanković i Milačić-Vidojević, 2014).

Намбиар и сарадници (Nambiar, Jangam, Roopesh, & Bhaskar, 2019) испитали су однос вршњачке виктимизације и самопоштовања на узорку од 40 испитаника са ЛИО и граничног интелектуалног функционисања, узраста од 10 до 18 година, који се школују у редовним и школама за децу са сметњама у развоју. Резултати овог истраживања показују да је самопоштовање испитаника изузетно ниско. Поред тога, уочава се корелација самопоштовања и одређених социо-демографских варијабли. Утврђена је значајна негативна корелација између самопоштовања и календарског узраста и година едукације испитаника. Аутори ову корелацију

доведе у везу са процесом развоја самопоштовања и захтевима социјалне средине. Наиме, самопоштовање се постепено стиче у складу са повратним информацијама социјалне средине и наградама које се добијају на основу учинка који је у развојном периоду превасходно везан за академско постигнуће. У раним фазама едукације дискрепанца између перформанса деце ТП и деце са лакшим сметњама у интелектуалном функционисању није велика. Међутим, са старењем усложњавају се академски и социјални захтеви те ове разлике постају уочљивије како превазилазе постојеће потенцијале детета са ИО. Деца са ИО перципирају разлике у адаптивном функционисању, академским и социјалним вештинама, у поређењу са децом ТП, што утиче на опадање самопоштовања. На основу овог истраживања нису утврђене разлике у самопоштовању у односу на пол и степен интелектуалног дефицита.

ИСТРАЖИВАЧКИ ДЕО

ПРЕДМЕТ

На основу претходно наведених чињеница постављају се следећа питања: Какав је квалитет живота адолесцената са ИО у поређењу са адолесцентима ТП? Да ли адолесценти са ИО имају снижено самопоштовање? Какав је квалитет вршњачких односа код адолесцената са ИО? Да ли постоји повезаност између самопоштовања и квалитета вршњачких односа код адолесцената са ИО? Да ли постоје узрастне разлике у самопоштовању код адолесцената са ИО? Да ли постоје полне разлике у самопоштовању код адолесцената са ИО? Да ли постоје узрастне разлике када је у питању квалитет вршњачких односа код адолесцената са ИО? У којој мери самопоштовање и квалитет вршњачких односа утичу на квалитет живота адолесцената ТП и адолесцената са ИО?

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Примарни циљ овог истраживања биће утврђивање разлика између самоперципираног квалитета живота адолесцената са ИО и адолесцената ТП у различитим животним доменама.

Други циљ истраживања биће утврђивање неких детерминанти квалитета живота [(пол испитаника и социо-економски статус (СЕС) породице] код обе групе испитаника (особе са ИО и особе ТП).

Трећи циљ истраживања биће утврђивање разлика у квалитету живота између адолесцената са лаком и умереном ИО.

ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЊА

- Прикупити податке о испитаницима (пол, узраст, ниво интелектуалног функционисања, образовање родитеља, структура породице - потпуна/непотпуна породица, запосленост родитеља, материјални статус - примања);
- Утврдити ниво квалитета живота на основу самоперцепције обухваћених испитаника.

ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

Хипотеза 1: Адолесценти са ИО ће имати статистички значајно нижи општи просечни скор квалитета живота од вршњака ТП.

Хипотеза 2: Адолесценти са ИО ће имати статистички значајно нижи просечни скор квалитета живота од вршњака ТП у доменима физичко благостање, емоционално благостање и пријатељи.

Хипотеза 3: Адолесценти са ИО ће имати статистички значајно нижи просечни скор квалитета живота од вршњака ТП у доменима самопоштовање, породица и свакодневно функционисање у школи.

Хипотеза 4: Однос нивоа ИО и укупног просечног скор квалитета живота испитаника ће бити статистички значајан.

Хипотеза 5: Адолесценти оба подузорка чији је СЕС повољнији имаће и статистички значајно виши самоперципирани укупни скор квалитета живота.

Хипотеза 6: Адолесценти женског пола обе групе имаће статистички значајно више просечне скорове у обухваћеним доменима, као и укупан скор квалитета живота у односу на вршњаке мушког пола.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Узорак

Узорком је обухваћено укупно 120 испитаника старости од 13 до 16 година, подељених у два подузорка. Први подузорак чини 60 испитаника ТП, док други подузорак обухвата 60 испитаника са ИО, од чега је 32 са лаком ИО и 28 са умереном ИО. Половина испитаника са ИО (50%) живи у непотпуној породици, односно са једним родитељем, и у истим социјалним условима око четвртине (23.3%) испитаника ТП. Детаљнији подаци о дистрибуцији испитаника (према нивоу интелектуалног развоја, полу и структури породице) приказани су у Табели 1.

Табела 1. Дистрибуција узорка према нивоу интелектуалног развоја, полу и структури породице

		ТП		Лака ИО		Умерена ИО	
		N	%	N	%	N	%
Пол	мушки	32	53,3	20	62,5	19	67,8
	женски	28	46,7	12	37,5	9	32,2
Породица	оба родитеља	46	76,7	16	50,0	14	50,0
	један родитељ	14	23,3	16	50,0	14	50,0

Као што се може видети у Табели 1, код испитаника ТП је скоро приближан број мушких и женских испитаника, док је код обе групе са испитаницима са ИО више испитаника мушког пола. Већина испитаника ТП живи у потпуним породицама, док половина испитаника са ИО живи у непотпуним породицама, са једним родитељем. Подаци о приходима породице и висини примања приказани су у Табели 2.

Табела 2. Узорак према изворима и висини прихода породице

		ТП		ИО	
		N	%	N	%
Извор	сопствени приходи	43	71,7	16	26,7
	сопствени приходи и помоћ државе	14	23,3	20	33,3
	само помоћ државе	3	5,0	24	40,0
Висина	до 20.000	/	/	2	3,3
	20.000 до 25.000	6	10,0	19	31,7
	25.000 до 50.000	20	33,3	23	38,3
	50.000 до 80.000	29	48,3	16	26,7
	преко 80.000	5	8,3	/	/

Као што се може видети из Табеле 2, присутне су разлике у односу на економске околности између деце са ИО и деце ТП. Породице деце са ИО често зависе од државе по питању примања и њихови финансијски приходи су генерално скромнији. Родитељи деце ТП имају чешће запослење (Табела 3).

Табела 3. Запосленост родитеља

		ТП		ИО	
		N	%	N	%
Мајка	стално запослење	37	61,7	12	20,0
	незапослена	15	25,0	35	58,3
	хonorарно запослење	5	8,3	9	15,0
	друго (инвалидска пензија и сл.)	1	1,7	/	/
Отац	стално запослење	41	68,3	21	35,0
	незапослена	5	8,3	8	13,3
	хonorарно запослење	7	11,7	9	15,0
	друго (инвалидска пензија и сл.)	2	3,3	/	/

Родитељи деце ТП су чешће вишег образовања у односу на родитеље деце са ИО (Табела 4).

Табела 4. Образовање родитеља

		ТП		ИО	
		N	%	N	%
Мајка	основна школа	9	15,0	26	43,3
	средња	31	51,7	28	46,7
	виша или факултет	11	18,3	3	5,0
	мастер или магистеријум	6	10,0	/	/
	докторат	1	1,7	/	/
	непознато	2	3,3	3	5,0
Отац	основна школа	7	11,7	16	26,7
	средња	36	60,0	16	26,7
	виша или факултет	8	13,3	5	8,3
	мастер или магистеријум	3	5,0	/	/
	докторат	1	1,7	/	/
	непознато	5	8,3	23	38,3

Мерни инструменти

За потребе истраживања креиран је упитник уз помоћ којег су прикупљени релевантни социодемографски подаци о испитаницима – пол, узраст, ниво интелектуалног функционисања, образовање родитеља, структура породице - потпуна/непотпуна породица, запосленост оба родитеља/запосленост само једног родитеља/незапосленост родитељ, материјална примања од државе/живот од сопствених прихода.

У истраживању биће коришћен КИНДЛ Упитник за процену квалитета живота код деце и адолесцената (*KINDL^R Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents*, Ravens-Sieberer & Cieza, 2000), Скала за самопроцену адолесцената (узраст од 13 до 16 година). Овај упитник састоји се од 24 тврдње које чине шест различитих домена: физичко благостање, емоционално благостање, самопоштовање, породица, пријатељи и свакодневно функционисање у школи. Слагање или неслагање са датим тврдњама оцењује се на тростепеној скали Ликертовог типа при чему 1 означава „никад“, 2 „понекад“, а 3 означава да се неко понашање или стање испољава „често“. Укупна мера перципираног квалитета живота представљена је просечним скором добијеним на основу свих домена. Виши скорови указују на бољу перцепцију квалитета живота. Интерна конзистентност већине супскала износи $\alpha=0.70$, док коефицијент конзистентности упитника у целини износи $\alpha=0.80$ (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000). У нашем истраживању инструмент је у целости показао високу поузданост ($\alpha=0.80$), на већини супскала поузданост је задовољавајућа (од $\alpha=0.55$ до $\alpha=0.67$), док је поузданост Супскале физичког благостања ниска ($\alpha=0.41$).

Време и место истраживања

Истраживање је спроведено у следећим школама: школа за основно образовање и васпитање ученика са сметњама у развоју „6. октобар“ у Кикинди, основна школа „Јован Поповић“ у Кикинди, гимназија „Душан Васиљев“ у Кикинди, Средња техничка школа у

Кикинди, основна и средња школа „Жарко Зренањин“ у Суботици, основна специјална школа „Херој Пинки“ у Бачкој Паланци. Истраживање је реализовано у периоду од маја до јуна 2019. године.

Процедура истраживања

Испитивач је доставио испитаницима упитнике у штампаној форми. Приликом поделе упитника испитивач је саопштио испитаницима да је попуњавање упитника добровољно и анонимно, као и да ће се подаци користити искључиво у сврху писања мастер рада. За испитанике са ИО затражена је сагласност родитеља. Испитаницима са ИО који не знају да читају дефектолог и испитивач су читали тврдње, по потреби их формулисали на другачији начин, уз демонстрацију (нпр тврдња „Радио/ла сам разне ствари са својим пријатељима“ може се другачије поставити као „Играли смо игре заједно, ластиш, цртали смо заједно“ и слично). Након што су сви испитаници из узорка попунили упитник испитивач је анализирао прикупљене податке.

Обрада података

Прикупљени подаци су обрађени у програму SPSS. Поред приказа основних дескриптивних показатеља (аритметичке средине, стандардне девијације, фреквенције, проценти), коришћени су т-тест и Ман-Витнијев тест за независне узорке и Спирманов коефицијент корелације.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Код обе групе ученика испитан је квалитет живота, односно благостање у следећим доменама: физичко, емоционално, самопоштовање, породица, пријатељи и свакодневно функционисање у школи. Поред тога, испитан је и укупан квалитет живота који чине сви ови домени. Подаци су приказани у Табели 5.

Табела 5. Самоперципирани квалитет живота у односу на ниво интелектуалног функционисања

	ИО				ТП				t	p
	Мин.	Макс.	AS	SD	Мин.	Макс.	AS	SD		
Физичко	5	12	8,77	1,58	6	12	8,57	1,18	0,78	0,436
Емоционално	5	12	8,58	1,71	4	12	9,48	1,71	-2,88	0,005
Самопоштовање	5	12	9,37	1,83	4	12	8,82	1,99	1,53	0,118
Породица	5	12	9,10	1,88	4	12	10,25	1,56	-3,64	0,000
Пријатељи	6	12	9,18	1,73	5	12	10,17	1,65	-3,17	0,002
Школа	5	12	8,45	1,66	4	10	7,62	1,62	2,77	0,006
Укупно	44	72	53,45	6,73	35	67	55,00	6,86	-1,24	0,215

Распон свих супскала је од 4 до 12; распон укупног скорa је од 24 до 72

Као што је видљиво из података приказних у Табели 5, на свим варијаблама је код обе групе испитаника добијен велики распон минималних и максималних скорова, који указује на хетерогеност узорка у погледу квалитета живота у свим доменама. Ученици са ИО се статистички значајно не разликују од ученика ТП у погледу самоперцепције укупног квалитета живота, као ни у доменама физичког благостања и самопоштовања али је интересантно да у тим

доменима испитаници са ИО имају више просечне скорове. Међутим, ученици са ИО имају статистички значајно нижи ниво квалитета живота у емоционалном домену и у доменима породичних и пријатељских односа. Са друге стране, ученици са ИО су статистички значајно задовољнији свакодневним школским активностима у односу на ученике ТП.

Испитано је и да ли постоје разлике у перцепцији квалитета живота код ученика са ИО у односу на степен ИО (Табела 6).

Табела 6. Самоперцептивни квалитет живота код ученика са различитим нивоом интелектуалне ометености

	лака ИО				умерена ИО				U	p
	Мин.	Макс.	AS	SD	Мин.	Макс.	AS	SD		
Физичко	5	12	8,69	1,73	6	12	8,86	1,43	464,5	0,802
Емоционално	5	12	8,81	1,82	6	12	8,32	1,56	358,0	0,176
Самопоштовање	6	12	9,41	1,94	5	12	9,32	1,72	420,0	0,673
Породица	5	12	9,16	1,85	6	12	9,04	1,95	430,0	0,787
Пријатељи	6	12	9,50	1,68	6	12	8,82	1,74	343,0	0,114
Школа	6	12	8,75	1,68	5	12	8,11	1,59	340,0	0,104
Укупно	44	72	54,31	7,02	44	71	52,46	6,37	367,0	0,229

Распон свих супскала је од 4 до 12; распон укупног скорa је од 24 до 72

Из података приказаних у Табели 6 је видљиво да се квалитет живота код ученика са ИО не разликује у односу на ниво ИО, односно да ученици са лаком ИО и умереном ИО перципирају у укупном скору и свим доменима уједначено и на умерено задовољавајући начин.

У наредним анализама испитана је перцепција квалитета живота у односу на варијабле СЕС-а.

Самоперцепција квалитета живота испитаника и образовање родитеља

Узимајући и обзир образовање родитеља (заступљеност категорија) и недостајуће податке, извршено је сажимање образовних категорија, како би било могуће да се испитају разлике у перцепцији квалитета живота у односу на образовање. Код родитеља ИО деце формиране су две образовне категорије родитеља: (1) са основном школом и (2) средња школа или више. Подаци који се односе на образовање мајке код деце са ИО приказани су у Табели 7.

Табела 7. Квалитет живота код ученика са ИО у односу на образовање мајке

	основна школа				средња школа или више				t	p
	Мин.	Макс.	AS	SD	Мин.	Макс.	AS	SD		
Физичко	5	12	8,27	1,45	6	12	9,06	1,59	-1,96	0,056
Емоционално	5	10	8,19	1,20	5	12	8,84	2,03	-1,42	0,160
Самопоштовање	6	12	9,65	1,52	5	12	9,10	2,08	1,13	0,263
Породица	6	12	8,85	1,80	5	12	9,19	1,93	-0,69	0,490
Пријатељи	6	12	9,00	1,85	6	12	9,19	1,55	-0,42	0,670
Школа	6	12	8,62	1,60	5	12	8,23	1,68	0,88	0,378
Укупно	44	68	52,58	5,49	44	72	53,61	7,22	-0,60	0,551

Распон свих супскала је од 4 до 12; распон укупног скорa је од 24 до 72

Из података приказаних у Табели 7 је видљиво да не постоје разлике код ученика са ИО у перцепцији задовољства животом у односу на образовање мајке. Ипак, ученици чије мајке имају средње или више образовање имају нешто бољу перцепцију физичког благостања и та разлика је на граници статистичке значајности ($p=0,056$).

Табела 8. Квалитет живота код ученика са ИО у односу на образовање оца

	основна школа				средња школа или више				t	p
	Мин.	Макс.	AS	SD	Мин.	Макс.	AS	SD		
Физичко	5	10	8,00	1,41	6	12	9,29	1,45	-2,69	0,011
Емоционално	7	10	8,19	0,98	5	12	9,00	2,19	1,37	0,177
Самопоштовање	8	12	9,69	1,30	5	12	9,24	2,16	0,73	0,468
Породица	6	12	9,00	1,75	5	12	9,71	2,02	-1,12	0,269
Пријатељи	6	12	9,19	1,97	6	12	9,14	1,79	0,07	0,943
Школа	6	12	8,56	1,67	5	12	8,00	1,76	0,98	0,332
Укупно	47	62	52,63	4,58	44	72	54,38	7,87	-0,79	0,433

Распон свих супскала је од 4 до 12; распон укупног скорa је од 24 до 72

Као што је видљиво из Табеле 8, на већини димензија перцепције квалитета живота не постоји статистички значајна разлика код ученика са ИО у односу на образовање оца. Значајна разлика је утврђена у физичком домену, где ученици образованијих очева перципирају виши ниво благостања у физичком домену.

У наредним табелама приказани су резултати који се односе на перцепцију квалитета живота код ученика ТП у односу на образовање њихових родитеља.

Код родитеља деце ТП формиране су образовне категорије родитеља: (1) основна и средња школа и (2) виша школа и факултет. Подаци који се односе на разлике у перцепцији квалитета живота у односу на образовање мајке код деце ТП приказани су у Табели 9.

Табела 9. Квалитет живота код ученика ТП у односу на образовање мајке

	основна и средња школа				виша школа и факултет				t	p
	Мин.	Макс.	AS	SD	Мин.	Макс.	AS	SD		
Физичко	6	12	8,65	1,23	6	10	8,39	1,14	0,76	0,449
Емоционално	5	12	9,63	1,67	4	12	9,28	1,87	0,70	0,484
Самопоштовање	5	12	9,00	1,69	4	12	8,72	2,46	0,49	0,620
Породица	4	12	10,15	1,65	8	12	10,61	1,19	-1,06	0,293
Пријатељи	5	12	10,25	1,61	7	12	10,17	1,58	0,18	0,855
Школа	4	10	7,30	1,55	4	10	8,28	1,67	-2,16	0,035
Укупно	35	67	54,98	6,60	36	66	55,78	7,57	-0,40	0,684

Распон свих супскала је од 4 до 12; распон укупног скорa је од 24 до 72

Из Табеле 9 је видљиво да ученици ТП чије су мајке образованије имају статистички значајно веће самоперцептивно задовољство свакодневним школским активностима у односу на ученике чије су мајке мање образоване.

Табела 10. Квалитет живота код ученика ТП у односу на образовање оца

	основна и средња школа				виша школа и факултет				t	p
	Мин.	Макс.	AS	SD	Мин.	Макс.	AS	SD		
Физичко	6	12	8,49	1,27	7	10	8,70	0,82	-0,50	0,619
Емоционално	4	12	9,44	1,85	8	12	9,80	1,31	-0,57	0,569
Самопоштовање	4	12	8,78	2,01	6	12	9,40	1,83	-0,89	0,373
Породица	4	12	10,13	1,60	9	12	11,00	1,15	-1,61	0,113
Пријатељи	5	12	10,27	1,60	7	12	10,30	1,76	-0,05	0,954
Школа	4	10	7,36	1,62	6	10	8,50	1,35	-2,06	0,044
Укупно	35	67	54,47	7,14	48	66	58,30	5,77	-1,58	0,120

Распон свих супскала је од 4 до 12; распон укупног скорa је од 24 до 72

Као у случају образовања мајке, и код образовања оца (Табела 10) добијени су исти резултати за ученике ТП. Ученици чији су очеви образованији испољавају више задовољства свакодневним школским активностима, док на другим доменима статистичка значајност разлика није утврђена.

Накнадно спроведена корелациона анализа (Спирманов коефицијент корелације) делимично потврђује резултате претходно спроведених т-тестова (Табела 11). Образовање мајки испитаника са ИО није било значајно (Табела 7).

Табела 11. Корелације квалитета живота и образовања родитеља

	ТП		ИО	
	Образ. мајке	Образ. оца	Образ. мајке	Образ. оца
Физичко	-0,054	0,104	0,262*	0,389*
Емоционално	-0,076	0,050	0,162	0,205
Самопоштовање	-0,014	0,122	-0,108	-0,052
Породица	0,113	0,230	0,109	0,218
Пријатељи	-0,046	0,012	0,041	-0,021
Школа	0,290*	0,273*	-0,124	-0,177
Укупно	0,094	0,219	0,046	0,085

* $p < 0,05$

Као што се из Табеле 11 може видети, код ученика ТП више задовољства у свакодневним школским активностима је статистички значајно и позитивно повезано са вишим образовањем њихових родитеља, мада се мора нагласити да се ради о ниским корелацијама. Код ученика са ИО самоперципирано задовољство у домену физичког благостања је значајно веће уколико су њихови родитељи образованији, при чему је та позитивна веза израженија у односу на образовни ниво очева ових испитаника.

Самоперципирани квалитет живота и извори материјалних примања

Утврђено је да се самоперцепција квалитета живота ученика разликује у односу на извор материјалних прихода њихових породица (претпостављамо на основу података из Табеле 2 да породице које имају сопствене приходе имају и бољи материјални статус). Подаци на подузорку ученика са ИО приказани су у Табели 12.

Табела 12. Квалитет живота и извор прихода код ученика са ИО

	Сопствени приходи				Помоћ државе				t	p
	Мин.	Макс.	AS	SD	Мин.	Макс.	AS	SD		
Физичко	6	12	8,60	1,19	6	11	8,47	1,17	1,43	0,157
Емоционално	4	12	9,60	1,76	7	12	9,18	1,59	2,42	0,018
Самопоштовање	4	12	8,98	2,02	5	12	8,41	1,90	0,49	0,622
Породица	6	12	10,44	1,33	4	12	9,76	2,01	2,13	0,037
Пријатељи	6	12	10,42	1,50	5	12	9,53	1,90	0,51	0,609
Школа	4	10	7,88	1,56	4	9	6,94	1,63	-1,27	0,209
Укупно	35	67	56,07	6,89	35	60	52,29	6,19	1,47	0,145

Распон свих супскала је од 4 до 12; распон укупног скорa је од 24 до 72

Из Табеле 12 је видљиво да ученици са ИО чије породице живе искључиво од сопствених прихода имају значајно виши ниво самоперципираног емоционалног и породичног благостања, у односу на ученике чије су породице корисници помоћи од државе, па претпостављамо да су лошијег имовинског стања. У наредној табели приказани су резултати за ученике ТП.

Табела 13. Квалитет живота и извор прихода код ученика ТП

	Сопствени приходи				Помоћ државе				t	p
	Мин.	Макс.	AS	SD	Мин.	Макс.	AS	SD		
Физичко	7	12	9,25	1,39	5	12	8,59	1,63	0,39	0,696
Емоционално	7	12	9,44	1,71	5	12	8,27	1,61	0,87	0,387
Самопоштовање	6	12	9,56	2,09	5	12	9,30	1,74	0,98	0,327
Породица	7	12	9,94	1,87	5	12	8,80	1,81	1,52	0,133
Пријатељи	6	12	9,38	1,50	6	12	9,11	1,82	1,91	0,061
Школа	5	12	8,00	2,12	6	12	8,61	1,45	2,07	0,042
Укупно	44	72	55,56	7,03	44	71	52,68	6,54	1,96	0,054

Распон свих супскала је од 4 до 12; распон укупног скорa је од 24 до 72

Као и код ученика са ИО, на већини варијабли не постоји статистички значајна разлика у самоперципираном задовољству, односно у перцепцији квалитета живота у већини обухваћених домена у односу на извор прихода/материјалне прилике у којима испитаници ТП живе. Резултати показују да ученици са бољим приходима у већој мери перципирају задовољство свакодневним школским активностима у односу на ученике који добијају помоћ од државе. Међутим, приметно је и да имају нешто израженију перцепцију укупног квалитета живота, међутим разлика није статистички значајна ($p=0,054$).

Накнадно спроведена корелациона анализа (Спирманов коефицијент корелације) потврђује резултате претходно спроведених т-тестова (Табела 14).

Табела 14. Корелације квалитета живота и прихода

	Приход ТП	Приход ИО
Физичко	0,053	0,157
Емоционално	0,161	0,285*
Самопоштовање	0,162	0,077
Породица	0,141	0,260*
Пријатељи	0,247	0,079
Школа	0,255*	-0,186
Укупно	0,306*	0,205

* $p < 0,05$

Као што је видљиво из Табеле 14, код ученика са ИО самосталност у стицању материјалних средстава је значајно повезана са вишим нивоом задовољства животом у емоционалном и породичном домену, док је код ученика ТП ова варијабла значајно повезана са вишим нивоом задовољства свакодневним школским активностима, као и са укупним нивоом задовољства животом.

Самоперципирани квалитет живота у односу на пол

Код обе групе ученика испитана је перцепција квалитета живота у односу на пол. Резултати који се односе на ученике са ИО приказани су у Табели 15.

Табела 15. Квалитет живота код ученика са ИО различитог пола

	Мушки				Женски				t	p
	Мин.	Макс.	AS	SD	Мин.	Макс.	AS	SD		
Физичко	5	12	8,95	1,77	6	10	8,43	1,12	1,21	0,229
Емоционално	5	12	8,82	1,71	5	12	8,14	1,65	1,47	0,145
Самопоштовање	6	12	9,46	1,80	5	12	9,19	1,91	0,54	0,589
Породица	6	12	9,38	1,81	5	12	8,57	1,93	1,61	0,111
Пријатељи	6	12	9,49	1,80	6	12	8,62	1,46	1,89	0,063
Школа	5	12	8,59	1,68	6	12	8,19	1,63	0,88	0,379
Укупно	44	72	54,69	7,03	44	62	51,14	5,60	1,99	0,051

Распон свих супскала је од 4 до 12; распон укупног скорa је од 24 до 72

Из података приказаних у Табели 15 је видљиво да не постоје разлике у посебним доменама задовољства животом. Међутим, разлика у перцепцији укупног квалитета живота је на граници статистичке значајности ($p=0,051$). То указује на тенденцију да ученици мушког пола имају нешто бољу укупну перцепцију квалитета живота. У наредној табели приказани су резултати који се односе на ученике ТП.

Табела 16. Квалитет живота код ученика ТП различитог пола

	Мушки				Женски				t	p
	Мин.	Макс.	AS	SD	Мин.	Макс.	AS	SD		
Физичко	7	12	8,88	1,10	6	10	8,21	1,19	2,22	0,030
Емоционално	8	12	9,69	1,23	4	12	9,25	2,13	0,98	0,328
Самопоштовање	5	12	8,50	1,66	4	12	9,18	2,29	-1,38	0,191
Породица	7	12	10,50	1,21	4	12	9,96	1,87	1,32	0,189
Пријатељи	6	12	10,25	1,52	5	12	10,07	1,82	0,41	0,681
Школа	5	10	7,72	1,37	4	10	7,50	1,89	0,51	0,608
Укупно	46	67	55,53	4,78	35	66	54,39	8,71	0,63	0,526

Распон свих супскала је од 4 до 12; распон укупног скорa је од 24 до 72

Као што је видљиво из Табеле 16, ученици мушког пола имају статистички значајно бољу самоперцепцију квалитета живота у физичком домену у односу женски пол, док у другим доменима не постоје статистички значајне разлике.

ДИСКУСИЈА РЕЗУЛТАТА

Циљ истраживања приказаног у овом раду био је утврђивање резултата добијених на основу самоперцепције квалитета живота код адолесцената са ИО и вршњака ТП. Поред тога, настојали смо да утврдимо разлике између ове две групе испитаника и испитали смо са којом од обухваћених варијабли је повезана самоперцепција квалитета живота. Када се посматрају оба подузорка, на нивоу група је задовољство животом перцепирано као задовољавајуће – уз индивидуалне разлике унутар обе групе. Међутим, добијени резултати не потврђују присуство статистички значајних разлика у укупној перцепцији квалитета живота између две групе ученика, чиме је одбачена прва хипотеза (X1), којом је било очекивано да ће ученици са ИО перципирати нижи квалитет свог живота.

Овакви резултати нису изненађујући, с обзиром на то да је у питању субјективна перцепција квалитета живота, која не мора да се подудара са објективним околностима. Штавише, у неким истраживањима се не добија повезаност између процене засноване на субјективном доживљају и процене засноване на објективним показатељима квалитета живота (Nagerty et al., 2001). Костер и сарадници (Koster et al., 2010) налазе да се самоперцепција социјалне прихваћености и партиципације ученика са сметњама у развоју не разликује од самоперцепције вршњака ТП, упркос томе што објективни индикатори показују супротно. Исто тако, Албрехт и Девлигер (Albrecht & Devlieger, 1999) налазе да особе са тежим облицима ИО процењују задовољство животом веома високо, нарочито у домену здравља и личног благостања, док објективни показатељи упућују на лош квалитет живота. Особе са ИО у већој мери нереално процењују квалитет живота (Hensel et al., 2002), што је још један фактор који објашњава одсуство статистички значајних разлика у укупној перцепцији задовољства животом.

Адолесценти са ИО испољили су нижи ниво доживљеног емоционалног благостања и мање задовољство животом у домену пријатељских односа у односу на њихове вршњаке ТП. Овакав налаз је очекиван, имајући у виду да се у овом Упитнику емоционално благостање посматра кроз учесталост ситуација у којима се испитаници забављају, смеју, осећају страх и усамљеност, а таква емоционална стања су блиско повезана са присуством пријатеља, осећањем снажније социо-емоционалне повезаности са вршњацима (домен Пријатељских односа). Нижи

нивои емоционалног благостања и задовољства у домену пријатељских односа се, даље, могу повезати са нивоом развијености социјалних вештина за које се сматра да су један од најважнијих домена квалитета живота код особа са ИО (Nota et al., 2007; Sandhu, 1996, према Hensel et al., 2002). Емоционална саморегулација се развија кроз интеракцију са вршњацима и утиче на квалитет социјалних односа. Деца са ИО имају лошију емоционалну саморегулацију што негативно утиче на развој интерперсоналних односа (Guralnick, 2006). Социјална компетенција деце са лаком ИО је лошија у односу на њихове вршњаке ТП, што значајно утиче на успостављање адекватних вршњачких односа, управљање сопственим понашањем, као и на академско понашање (Вакоћ и Каљаца, 2019). Социјална подршка и интерперсоналне вештине су значајни предиктори задовољства животом код особа са ИО (Miller & Chan, 2008). Другим речима, лошије социјалне вештине могу водити већој изолацији и усамљености, и тиме изазивати виши ниво емоционалног незадовољства и бити препрека за остваривање пријатељских односа. Услед неадекватних вршњачких односа, још од раног детињства, чешће се јављају емоционални и бихевиорални проблеми (Petrina et al., 2014).

Резултати овог истраживања указују на то да испитаници са ИО испољавају већи степен задовољства животом у домену свакодневних активности у школи, што је у супротности са нашом претпоставком (ХЗ). Нижи ниво задовољства свакодневним школским активностима код деце ТП се може схватити као последица промена интересовања у адолесценцији, где се пре свега развијају друга интересовања која нису везана за школу (тежиште интересовања и личног задовољства се пребацује на интерперсоналне односе и социјалне активности различитог типа). Такође, будући да се у овом домену Упитником утврђује и присуство забринутости за школски успех и професионалну будућност, могуће је претпоставити да адолесценти ТП имају значајно већа очекивања, али и притисак у овој области што исходује и већом стрепњом, односно незадовољством у односу на вршњаке са ИО. Нису утврђене разлике у перципираном задовољству животом у доменима породица и самопоштовање.

Поредећи испитанике са лаком ИО и умереном ИО утврдили смо да не постоје статистички значајне разлике у укупној перцепцији, као ни у погледу појединачних домена квалитета живота између ова два подзорка. Добијени резултат је, можда, последица ограниченог броја испитаника у подзорцима у овом истраживању, али и потврда тезе других аутора који сматрају да срединске варијабле имају директнији утицај на индикаторе квалитета

живота особа са ИО од утицаја нивоа интелектуалног развоја, чији значај долази до изражаја само у контексту срединских чинилаца (Nota et al., 2007). Сличан закључак износе и други аутори који су утврђивали квалитет живота у заједници и животног задовољства код деце са лаком и умереном ИО и деце са аутизмом. Иако испитаници са умереном ИО имају знатно нижи ниво процењених индикатора квалитета живота у односу на вршњачку групу са лаком ИО, аутори сматрају да се утврђене разлике не могу тумачити само у контексту нивоа интелектуалних ограничења, већ истичу значај утицаја срединских чинилаца, пре свега недостатак активности у заједници, смањену мобилност испитаника (Глумбић и Бројчин, 2006, према Kaljača i Japundža – Milisavljević, 2013).

Резултати овог истраживања указују на утицај образовања родитеља и материјални статус на квалитет живота испитаника, с тим да се уочавају разлике између групе деце са ИО и подузорка ТП. Код испитаника ТП бољи материјални статус и више образовање родитеља позитивно корелира са доменом благостања у свакодневним школским активностима. Виши ниво прихода код деце ТП позитивно корелира и са укупним нивоом задовољства животом. Може се претпоставити да је овакав налаз последица утицаја породичних детерминанти на начин на који деца одговарају на школске захтеве, па и на њихов академски успех. У литератури се наводи да, поред мноштва других и фактори попут услова у којима се одвија учење (Mirkov i Oračić, 1997, према Dučić i Kaljača, 2015), социјални статус и понашање ученика (Janošević i Petrović, 2015, према Dučić i Kaljača, 2015) имају значајан утицај на коначан школски успех и задовољство у школском окружењу.

Адолесценти са ИО чији су очеви образованији испољавају већи степен задовољства у физичком домену, док испитаници са ИО бољег материјалног статуса имају виши ниво благостања у емоционалном и породичном домену. Добијени налаз кореспондира са налазима у литератури који указују да нижи ниво образовања родитеља значајно корелира са повишеним ризиком од настајања блажих облика ограниченог интелектуалног функционисања (Stromme and Magnus, 2000, према Kaljača, Dučić, Nikolić, 2015) и снижених компетенција посебно у различитим доменима социјалног функционисања (Minshaw, 2007, према Kaljača i sar., 2015). Социо-економски статус породице, као и стил живота који га прати, представља један од важних фактора динамике усвајања адаптивних вештина, као и њиховог квалитета (King et al., 2009, према Kaljača i Japundža – Milisavljević, 2013), што свакако утиче на различите индикаторе

квалитета живота. Такође, сматра се да економска ситуација у породици може на индиректан начин утицати на самоперцепцију квалитета живота код особа са ИО. Емерсон и сарадници (Emerson et al., 2004, према Blacher et al., 2005) налазе да родитељи деце са ИО, који су лошег материјалног стања, испољавају клиничке симптоме психолошког стреса, што непосредно утиче на дете. Благостање родитеља је значајно повезано са адаптивним понашањем детета (White & Hastings, 2004), а експресија емоција утиче на социјални и емоционални развој (Green & Baker, 2011). Лично благостање родитеља који се налазе у неповољној материјалној ситуацији је угрожено, а емоционална експресија највероватније обилује негативним емоцијама због постојеће ситуације. Стога можемо закључити да у ситуацијама тешке материјалне депривације квалитет живота родитеља може утицати на задовољство животом детета са ИО. Задовољство животом као глобална евалуација је под утицајем сложене интеракције индивидуалних, интерперсоналних и срединских фактора (Schalock, Keith, Verdugo, & Gómez, 2010).

Што се тиче налаза према коме су адолесценти са ИО у овом истраживању чији су очеви образованији, задовољнији својим физичким благостањем може се довести у везу са налазима у једној ранијој студији (Kaljača i sar., 2015) који су указали на статистички значајнији позитиван утицај очева (у односу на мајке) на развој животних вештина адолесцената са умереном ИО у нашој средини, што су аутори довели у везу са типом активности у којима очеви, углавном, учествују са својом децом, а то су: игра, рекреација, необавезна конверзација и слично (Rosenberg, Bart, Ratzon & Jarus, 2013). Разлике између ове две групе испитаника у другим доменама, као и у погледу укупног задовољства, нису добијене. Као што смо већ напоменули у контексту разматрања укупног задовољства, објективни животни фактори, пре свега материјални, нису уско повезани са перцепцијом задовољства животом (Hagerty et al., 2001). Стога, није изненађујуће што се објективни економски фактори не одражавају на субјективно задовољство животом.

Резултати који се односе на утврђивање полних разлика указују да је једина статистички значајна разлика утврђена у погледу вишег задовољства физичким доменом код адолесцената мушког пола и то само на подзорку ученика ТП. Резултати су показали да је код ученика различитог пола присутна разлика у перцепцији укупног квалитета живота (веће је задовољство квалитетом живота код ученика мушког пола), али утврђене разлике у просечним скоровима су

на граници статистичке значајности. Тенденција ка већем задовољству физичким доменом код мушког пола није изненађујућа, уколико се узме у обзир да се у адолесценцији код дечака развија физичка снага и да се појачава самопоуздање у сопствене физичке перформансе, али и да су по питању избора активности, интересовања и животних приоритета утврђене полне разлике код адолесцената (Jarus et al., 2010, према Kaljača i Japundža – Milisavljević, 2013). Различити исходи самоперцепције квалитета живота код испитаника различитог пола могу бити и последица различитих очекивања, усвојених вредносних оријентација и стандарда који потичу из породичног окружења, односно зависе од стила васпитања који су неговали родитељи ових испитаника. Од дечака се, чини се, у традиционалном стилу васпитања, који је значајно присутан у нашој средини, мање очекује него од девојчица. Управо се та чињеница често наводи као објашњење налаза према којима девојчице имају боље развијену саморегулацију (Kaljača i Dučić, 2016), практичне вештине (Kaljača, 2008), бољи школски успех (Šarčević i Vasić, 2014, према Dučić i Kaljača, 2015). Са друге стране, овакав приступ, можда, код девојчица изазива виши ниво самокритичности и очекивања, па је последично могуће мање субјективног животног задовољства, независно од атрибута објективних околности.

ЗАКЉУЧАК

Основни циљ истраживања био је да се испита перцепција квалитета живота код особа са ИО и деце ТП, да се утврде разлике између ове две групе и да се испита са којим факторима је перцепција квалитета живота повезана.

Првом хипотезом претпоставили смо да ће испитаници са ИО имати нижи квалитет живота од њихових вршњака ТП. С обзиром на то да није утврђена разлика у укупној перцепцији квалитета живота између две групе ученика прва хипотеза (X1) је одбачена.

Другом хипотезом (X2) било је очекивано да ће ученици са ИО имати нижи ниво задовољства животом у доменима физичког благостања, емоционалног благостања и пријатељских односа. Резултати су показали да ученици са ИО имају ниже емоционално благостање и да су мање задовољни животом у домену пријатељских односа, док разлика у физичком домену није добијена. Овим резултатима је већим делом потврђена постављена хипотеза.

Трећом хипотезом (X3) било је претпостављено да ће у доменима самопоштовање, породица и свакодневно функционисање у школи перципирано задовољство код ученика са ИО бити ниже у односу на ученике ТП. Добијена је разлика само у домену свакодневних активности у школи и то супротна постављеној хипотези – да су ученици са ИО задовољнији овим доменом у односу на ученике ТП. Тиме је хипотеза у потпуности одбачена.

Четвртом хипотезом (X4) било је претпостављено да ће између ученика лаке и умерене ИО постојати разлике укупној перцепцији квалитета живота. С обзиром на то да разлике нису добијене, како у погледу укупног задовољства, тако и у погледу појединачних домена, хипотеза је одбачена у целости.

Петом хипотезом (X5) било је претпостављено да ће ученици бољег социоекономског статуса, на оба подузорка, имати позитивнију перцепцију квалитета живота. Резултати су показали да ученици са ИО код којих су очеви образованији имају већи степен задовољства животом у физичком домену и да они који имају бољи материјални статус имају виши ниво благостања у емоционалном и породичном домену. Са друге стране, код ученика ТП виши ниво

благостања у свакодневним школским активностима повезан је са бољим материјалним статусом и са вишим образовањем оба родитеља. То су резултати који само делимично потврђују хипотезу.

Шестом хипотезом (Х6) било је очекивано да ће ученици женског пола имати бољу перцепцију квалитета живота. Код ученика са ИО разлика у перцепцији укупног квалитета живота је на граници статистичке значајности и указује на тенденцију ка већем задовољству код ученика мушког пола – што је супротно постављеној хипотези. На основу ових резултата хипотеза је одбачена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bakoč, A. i Kaljača, S. (2019). Kvalitet socijalne kompetentnosti učenika sa lakom intelektualnom ometenošću u školskom okruženju. *Specijalna Edukacija i Rehabilitacija*, 18(1), 9-41.
2. Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high selfesteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
3. Bauminger, N., Solomon, M., Aviezer, A., Heung, K., Brown, J., & Rogers, S. J. (2008). Friendship in high-functioning children with autism spectrum disorder: Mixed and non-mixed dyads. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1211-1229.
4. Blacher, J., Neece, C. L., & Paczkowski, E. (2005). Families and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 507-513.
5. Buntinx, W. H. & Schalock, R. L. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294.
6. Burgess, A. F. & Gutstein, S. E. (2007). Quality of life for people with autism: Raising the standard for evaluating successful outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(2), 80-86.
7. Crocker, J. & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130(3), 392.
8. Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52(1), 55-72.
9. Cummins, R. A. (2005). Instruments assessing quality of life. *Assessing adults with intellectual disabilities: A Service Provider's Guide*, 119-137.
10. Dagnan D. & Sandhu S. (1999) Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 372–379.

11. Diener, E. & Diener, M. (2009). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. In *Culture and Well-Being* (pp. 71-91). Springer, Dordrecht.
12. Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social indicators research*, 40(1-2), 189-216.
13. Dučić, B., i Kaljača, S. (2015). Odnos nivoa usvojenosti socijalnih vještina i školskog uspeha kod učenika sa lakom i umerenom intelektualnom ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 14(3), 285-302.
14. Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502-508.
15. Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
16. Fellinghauer, B., Reinhardt, J. D., Stucki, G., & Bickenbach, J. (2012). Explaining the disability paradox: A cross-sectional analysis of the Swiss general population. *BMC Public Health*, 12(1), 655-664.
17. Garaigordobil, M. & Pérez, J. I. (2007). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms in persons with intellectual disability. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 141-150.
18. Golubović, Š. & Škrbić, R. (2013). Agreement in quality of life assessment between adolescents with intellectual disability and their parents. *Research in Developmental Disabilities*, 34(6), 1863-1869.
19. Green, S. & Baker, B. (2011). Parents' emotion expression as a predictor of child's social competence: Children with or without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(3), 324-338.
20. Guralnick, M. J. (2006). Peer relationships and the mental health of young children with intellectual delays. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(1), 49-56.

21. Guralnick, M. J., Hammond, M. A., Connor, R. T., & Neville, B. (2006). Stability, change, and correlates of the peer relationships of young children with mild developmental delays. *Child Development*, 77(2), 312-324.
22. Guralnick, M. J., Neville, B., Hammond, M. A., & Connor, R. T. (2007). The friendships of young children with developmental delays: A longitudinal analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(1), 64-79.
23. Hagerty, M. R., Cummins, R., Ferriss, A. L., Land, K., Michalos, A. C., Peterson, M., ... & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Bulletin of Sociological Methodology*, 71(1), 58-78.
24. Hensel, E., Rose, J., Stenfert Kroese, B., & Banks-Smith, J. (2002). Subjective judgements of quality of life: a comparison study between people with intellectual disability and those without disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(2), 95-107.
25. Joković, S., Pavlović, J., Hadživuković, N., Đević, R., i Vilotić, S. (2017). Metode ispitivanja i pokazatelji kvaliteta života. *Биомедицинска Истраживања*, 8(1), 90-94.
26. Jonsson, U., Alaie, I., Löfgren Wilteus, A., Zander, E., Marschik, P. B., Coghill, D.,... & Bölte, S. (2017). Annual Research Review: Quality of life and childhood mental and behavioural disorders—A critical review of the research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 439-469.
27. Kahneman, D. & Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(38), 16489-16493.
28. Kaljača, S., Dučić, B., & Đorđić, S. (2018). Quality of life in adults with intellectual disabilities: Objective indicators. *Specijalna Edukacija i Rehabilitacija*, 17(3), 307-334.
29. Kaljača, S., i Japundža-Milisavljević, M. (2013). *Život u zajednici osoba sa intelektualnom ometenošću*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
30. Kaljača, S., Dučić, B., i Nikolić, A. (2015). Uloga demografskih faktora u razvoju adaptivnog ponašanja kod dece sa umerenom intelektualnom ometenošću, u S. Kaljača, M. Nikolić (Ur.) Zbornik radova VI međunarodne naučno-stručne konferencija “ *Unapređenje kvalitete života*

- djece i mladih*” (str. 461-470), 19-21 jun, Ohrid: Univerzitet u Tuzli, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Udruženje za podršku i kreativni razvoj djece i mladih.
31. Kaljača, S. i Dučić, B. (2016). Odnos veštine samoregulacije i školskog uspeha kod učenika sa lakom i umerenom intelektualnom ometenošću. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 15(1), 23-42.
 32. Kaljača, S. (2008). *Umerena intelektualna ometenost*. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, CIDD.
 33. Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26.
 34. Kolenikov, S. (1998). *The methods of the quality of life assessment*. Master thesis. Moscow: Rossijskaia ekonomicheskaiâ shkola. Retrieved Jun 25, 2019, from: http://www.komkon.org/~tacik/science/skolenik_nes_thesis.pdf
 35. Koster, M., Pijl, S. J., Nakken, H., & Van Houten, E. (2010). Social participation of students with special needs in regular primary education in the Netherlands. *International Journal of Disability, Development and Education*, 57(1), 59-75.
 36. Lučev, I. i Tadinac, M. (2008). Kvaliteta života u Hrvatskoj–povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtnom na manjinski status. *Migracijske i Etničke Teme*, 24(1-2), 67-89.
 37. Massam, B. H. (2002). Quality of life: Public planning and private living. *Progress in Planning*, 58, 141-227.
 38. Miller, S. M. & Chan, F. (2008). Predictors of life satisfaction in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1039-1047.
 39. Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D., & Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring?. *Bmj*, 316(7130), 542.
 40. Nambiar, P., Jangam, K., Roopesh, B. N., & Bhaskar, A. (2019). Peer victimization and its relationship to self-esteem in children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in regular and special schools: An exploratory study in urban Bengaluru. *Journal of Intellectual Disabilities*, 1744629519831573.

41. Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
42. Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., & Wehmeyer, M.L. (2007). Self-determination, social abilities, and the quality of life of people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 850-865.
43. Paterson, L., McKenzie, K., & Lindsay, B. (2012). Stigma, social comparison and self-esteem in adults with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(2), 166-176.
44. Petrina, N., Carter, M., & Stephenson, J. (2014). The nature of friendship in children with autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(2), 111-126.
45. Poston, D., Turnbull, A., Park, J., Mannan, H., Marquis, J., & Wang, M. (2003). Family quality of life: A qualitative inquiry. *Mental Retardation*, 41(5), 313-328.
46. Rodríguez-Sánchez, E., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A., Pérez-Arechaederra, D., Gómez-Marcos, M. Á., Patino-Alonso, M. C.,... & García-Ortiz, L. (2011). Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Family Practice*, 12(1), 19.
47. Rosenberg, L., Bart, O., Ratzon, N. Z. and Jarus, T. (2013). Personal and environmental factors predict participation of children with and without mild developmental disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 22(5), 658-671.
48. Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15(2), 116-127.
49. Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216.
50. Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., ... & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457-470.

51. Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. Á., & Gómez, L. E. (2010). Quality of life model development and use in the field of intellectual disability. In R. Kober (Ed.): *Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities* (pp. 17-32). Springer, Dordrecht. Retrieved June 10, 2019, from: https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Verdugo/publication/225939030_Quality_of_Life_Model_Development_and_Use_in_the_Field_of_Intellectual_Disability/links/00b7d52f2205bb2f87000000/Quality-of-Life-Model-Development-and-Use-in-the-Field-of-Intellectual-Disability.pdf
52. Schalock, R. L., Verdugo, M. Á., & Gómez, L. E., & Reinders, H. S. (2016). Moving us toward a theory of individual quality of life. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(1), 1-12.
53. Schutte, N. S., Malouff, J. M., Simunek, M., McKenley, J., & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition & Emotion*, 16(6), 769-785.
54. Schwartz, C., & Rabinovitz, S. (2003). Life satisfaction of people with intellectual disability living in community residences: perceptions of the residents, their parents and staff members. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(2), 75-84.
55. Sigstad, H. M. H. (2016). Significance of friendship for quality of life in adolescents with mild intellectual disability: A parental perspective. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 41(4), 289-298.
56. Sigstad, H. M. H. (2017). Qualities in friendship – Within an outside perspective – Definitions expressed by adolescents with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 21(1), 20-39.
57. Stanković, I. i Milačić-Vidojević, I. (2014). Opažena stigmatizacija, samopoštovanje i socijalno poređenje osoba sa intelektualnom ometenošću. *Psihijatrija Danas*, 46(2), 187-199.
58. Taheri, A., Perry, A., & Minnes, P. (2016). Examining the social participation of children and adolescents with Intellectual Disabilities and Autism Spectrum Disorder in relation to peers. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 435-443.

59. Testa, M. A. & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.
60. Todorović, J. A. (2004). Vaspitni stilovi u porodici i stabilnost samopoštovanja adolescenata. *Psihologija*, 37(2), 183-193.
61. Townsend-White, C., Pham, A. N. T., & Vassos, M. V. (2012). A systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(3), 270-284.
62. Trgovčević, S., Kljajić, D., & Nedović, G. (2011). Socijalna integracija kao determinanta kvaliteta života osoba sa traumatskom paraplegijom. *FPN/Godišnjak/ IV DEO: Socijalna Politika i Socijalni Rad*, 6, 493-505.
63. Valkenburg, P. M., Koutamanis, M., & Vossen, H. G. (2017). The concurrent and longitudinal relationships between adolescents' use of social network sites and their social self-esteem. *Computers in human behavior*, 76, 35-41.
64. Verdugo, M.Á., Schalock, R.L., Keith, K.D., & Stancliffe, R.J. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707-717.
65. Warren, S. F. & Brady, N. C. (2007). The role of maternal responsivity in the development of children with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 330-338.
66. Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
67. White, N. & Hastings, R. P. (2004). Social and professional support for parents of adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(3), 181-190.